

EVIDENCE PERTAINING TO QUALITY OF CARE AND PATIENT SAFETY PRACTICES FOLLOWED BY THE TEACHING HOSPITAL



 **BABA HOSPITAL**
56, Matiyari, Deva Road, Chintal, Lucknow - 226 028
Phone No. : 708000123, 9415064535, 9450638171

CASE RECORD

Reference No. _____

Name of Patient _____

Age _____ Sex _____

Father's / Husband's Name _____

Address _____

Telephone No. _____

Date of Admission _____ Time _____ Ward _____ Bed No. _____

Date of Discharge _____ Time _____

Diagnosis / Procedure _____

Doctor Incharge _____







2020.08.06 09:24





बाबा अस्पताल

बाबा अस्पताल, पंजाब
151001, INDIA

सहमति पत्र

मरीज का नाम:

- 1. मैं, नीचे दस्तावेज़ में उल्लेखित व्यक्ति, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 2. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 3. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 4. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 5. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 6. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 7. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 8. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 9. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
- 10. मैं, डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।

डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
 डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
 डॉ. [डॉ. का नाम] को मेरी/मेरी पत्नी/मेरी बेटी/मेरी बेटी के लिए [उपचार] प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।

Clinical Notes / Treatment

Date	Patient's Complaints / History
Investigations >	